Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 413 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Zgłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków 19. października 1918. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor: Prof. Dr Browicz).

Zmiany anatomiczne we współczesnej nagminnej grypie.

Podał

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Wykład w Towarzystwie lek. krak. 9. X. 1918).

Równolegle z gwałtownym wzrostem epidemii grypy w Krakowie wzrosła też nagle od połowy września b. r. liczba autopsyi grypowych w Zakładzie anatomii patologicznej. Pod koniec lata zdarzały się odosobnione jeszcze przypadki, natomiast od 16. IX. do 8. IX. 1918 wykonałem 38 sekcyi, w których obraz anatomiczny nie pozostawiał żadnej wątpliwości co do grypy. Oczywiście wliczam tu także te przypadki, w których za życia grypy nie rozpoznawano, nie wliczam zaś 4, w których rozpoznawano za życia grypę, w których jednak obraz anatomiczny, a poczęści i wynik badań bakteryologicznych zwłok przemawiał z wielkiem prawdopodobieństwem przeciw temu rozpoznaniu. W połowie sekcyonowanych przezemnie przypadków wykonał badania bakteryologiczne materyału ze zwłok prof. Nitsch, który osobno zda z nich sprawę. Z wyników jego badań muszę jednak wspomnieć o dwu szczegółach, mianowicie, że przyczyną najcięższych zmian i powikłań w przypadkach grypy są zakażenia paciorkowcowe wtórne, dodatkowe, dla których zarazek, działający pierwotnie, najprawdopodobniej prątek Pfeiffera, toruje tylko niejako drogi; powtóre, że w przypadkach tych paciorkowcowa mikrobica krwi (bacteriaemia) jest niezmiernie częstą i znaczną. Ogólna liczba przypadków, zbadanych przez nas obu anatomopatologicznie i bakteryologicznie, nie jest wielka, wystarcza ona jednak do wyrobienia sobie pod tym względem sądu o teraźniejszej grypie i jej powikłaniach, ponieważ zbiegiem okoliczności nasunęła się nam nie tylko większość tych różnych obrazów, jakie w teraźniejszej epidemii opisywali różni autorowie niemieccy, ale także szczegóły nowe, nie opisywane.

W przeciwieństwie do dawniejszych epidemii, w których w obrazie klinicznym i anatomicznym dominowały zmiany raz tych, raz innych narządów, odznacza się teraźniejsza epidemia tem, że występuje prawie wyłącznie w postaci oskrzelowopłucnej. Stwierdzają to zgodnie wszyscy badacze; również i w naszych przypadkach zmiany główne i pierwotne sadowiły się w narządzie oddechowym.

Spotykamy tu przedewszystkiem zapalenie błony śluzowej dróg oddechowych, a mianowicie zawsze i stale zapalenie tchawicy, oskrzeli i oskrzelków, rzadziej obok tego zapalenie krtani. Wprawdzie Dietrich utrzymuje, że w swoich 40 przypadkach nie widywał zapalenia krtani, przynajmniej jej części ponadwięzadłowej, a nawet uważa za szczegół znamienny, że w grypie spotyka się zmiany zapalne dopiero od więzadeł w dół; jednakże spostrzeżenia jego są odosobnione, a większość badaczy określa zmiany krtani jako częste, choć nie stałe. W naszych sekcyach były one 10 razy, t. j. w $^1/_4$ części wszystkich przypadków, a przedstawiały się zawsze jako ostry nieżyt. Niekiedy spotykałem obok tego obrzęk wejścia do krtani, niezbyt znaczny, o której to zmianie wspominają także Oberndorfer i Simmonds. Znaczniejsze stopnie tej zmiany mogłyby być przyczyną duszności. Nie spotkałem się natomiast ani razu ze zmianami krupowemi, które w teraźniejszej epidemii widywali w krtani w pojedynczych przypadkach Klemperer, Stettner, Gruber i Schädel, ani z głębszą martwicą, opisywaną i tutaj, jak w tchawicy, przez Schmorla, ani z owrzodzeniami, które w 3 przypadkach widział Goldschmid, ani wreszcie ze spostrzeganem wyjątkowo zapaleniem ochrząstnej (Simmonds, Gruber i Schädel).

Jak co do krtani, tak i co do gardła nie mogę potwierdzić spostrzeżeń Dietricha, a także Oberndorfera, którzy zmian w gardle nie widzieli. Zmiany te zdarzały się w naszym materyale, chociaż dość rzadko (7 razy); z mojemi zgadzają się w tym względzie spostrzeżenia Hessego i Grubera i Schädla. Spotykałem tu obraz miernego nieżytu; owrzodzeń na łukach, jakie czasem spotykali Gruber i Schädel, nie zauważyłem ani razu. Lekkie zapalenie miąższowe migdałów podniebiennych zauważyłem 3 razy, a raz tylko jeden zapalenie ropne mieszkowe, przyczem w lewym migdałku znalazł się w głębi ropień wielkości fasoli. Widocznie migdałki nie odgrywają większej roli w grypie, przynajmniej w tym okresie, w którym przypadki nasze dostały się na sekcyę. Z innych autorów wspominają wyraźnie, że nie widywali zapalenia migdałków: Oberndorfer (24 sekcye), Dietrich (40 sekcyi), Goldschmid (85 sekcyi).

Tak więc do obrazu grypy w badanych przezemnie okresach należy integralnie i stale dopiero zapalenie tchawicy, oskrzeli i ich rozgałęzień. Nie widziałem ani jednego przypadku, w którymby nie było zmian w tchawicy, a już przynajmniej w dolnej jej części; coprawda dwa czy trzy razy zmiany sięgały ledwo kilka centymetrów ponad klin podziałowy. Prawie zawsze był to obraz ostrego nieżytu, ale stopień zmian bywał bardzo rozmaity, od zmian zupełnie lekkich aż do nadzwyczajnego przekrwienia, rozległych nieraz wybroczyn i wywołanego naciekiem zapalnym zgrubienia błony śluzowej. W dwu przypadkach widziałem na bardzo znacznie przekrwionej i nациekłej błonie śluzowej jakby cienkie błonki szarawe, oddzielające się z trudnością i strzępkami, poczem ukazywała się powierzchnia błony śluzowej nierówna. Jestto ta postać zapalenia tchawicy i oskrzeli, która polega na niewielkim wysięku włóknikowym na powierzchni błony śluzowej i równoczesnej martwicy, sięgającej głębiej, zajmującej nawet błonę podśluzową. Postać tę, dawniej nieznaną i nie opisywaną w grypie, a wogóle znaną tylko jako następstwo działania gryzących gazów, opisują niemieccy badacze w teraźniejszej epidemii pod różnemi nazwami (diphtheritische, diphtheroide, nekrotisierende, verschorfende Tracheitis resp. Bronchitis). Jest ona poniekąd właściwością teraźniejszej epidemii, spotykano ją bowiem w różnych miejscowościach (Lubarsch w Berlinie, Oberndorfer w Monachium, Hesse w Halle, Schmorl w Dreźnie i t. d.), tylko z różną częstością. Niekiedy występuje ona najwybitniej na fałdach, wystających ku światłu; prof. Browicz zakomunikował mi ustnie, że w jednym przypadku, który sekcyonował z początkiem września, widział tę zmianę w postaci pasów nad każdym pierścieniem tchawicy; ja sam widziałem ją wzdłuż fałdów, przebiegających podłużnie w większych oskrzelach, przytem jednak były równoczeście i w stopniu znaczniejszym zwykłe zmiany krupowe. Te zwykłe krupowe zmiany spostrzegali w teraźniejszej epidemii prawie wszyscy badacze, niektórzy — podobnie jak ja — wyjątkowo, inni uderzająco często (Goldschmid we Frankfurcie n. M. 41 razy na 85 sekcyi). Zarówno jednak owe zmiany błonicowate, jak i zwykłe krupowe, widziałem w tchawicy i oskrzelach tylko przy równoczesnych

rozległych i ciężkich zmianach w drobniejszych oskrzelach i w płucach.

Ale ze zmian dróg oddechowych są ze względu na objawy kliniczne i następstwa najważniejsze zmiany drobnych i najdrobniejszych rozgałęzień oskrzelowych. W niewielu przypadkach zmiany te nie wykraczały poza zwykły nieżyt i wtedy nie były charakterystyczne. Natomiast mniejwięcej w $^3/_4$ przypadków (w 27 na 38) znajdowałem w drobnych i najdrobniejszych oskrzelkach obfitą, zwykle gęstą treść ropną, w 8 zaś przypadkach wysięk krupowy, prawie zupełnie zatykający światło; w takich przypadkach wysięk krupowy, wydalony do grubszych oskrzeli, leżał w nich nieraz obficie w postaci licznych, cienkich wałeczków, niejako odlewów oskrzeli drobniejszych. Z wyjątkiem jednego przypadku towarzyszyły tym zmianom zawsze zmiany w samym miąższu płucnym, jednakże zarówno ropne, jak i krupowe zapalenie oskrzelów spotykałem wtedy także w tych częściach płuc, gdzie w samym miąższu płucnym zmian nie było. Wnosić z tego można, że ropne, lub rzadsze krupowe zapalenie oskrzelków powstaje wcześniej od zmian zapalnych w samym miąższu płucnym. Dowodzi tego zresztą ów jeden przypadek bez zmian w samym miąższu płucnym, dotyczący 5-letniego dziecka, wyniszczonego poprzednim nieżytem jelit i przebywanym krztuścem, a zmarłego z dołączającej się grypy już w piątym dniu choroby. Takie ropne zapalenie oskrzelków jest w obrazie anatomicznym już poniekąd charakterystyczne: kropelki gęstej ropy, wydobywające się z przeciętych oskrzelków we wszystkich częściach płuc, a po ich spłukaniu silnie różowe przekroje oskrzelków, odbijające od bladego miąższu płucnego, to obraz, w innych chorobach niespotykany. Gęsta treść ropna lub odlewy włóknikowe, zatykające światło mnóstwa oskrzelków, są też zapewne podstawą napadów asfiktycznych, zdarzających się podobno w przebiegu ciężkiej grypy, gdy jeszcze niema przedmiotowych objawów zmian w płucach — a może i przyczyną zejścia śmiertelnego w niektórych przypadkach, jak to przypuszcza również Lubarsch.

Z oskrzelków zapalenie przechodzi bardzo rychło na otaczający miąższ płucny, w którym tworzą się najczęściej bardzo liczne, zrazu drobne ogniska okołooskrzelowe. Nie zawsze jednak są grypowe zapalenia płuc zapaleniami drobnoogniskowemi. Zdarzają się i postacie, zajmujące jednostajnie całe płaty lub znaczną część płatu, jak zwykłe zapalenia krupowe. A nawet niezbyt rzadko nie różnią się takie płatowe zapalenia od typowego zapalenia krupowego, którego tu opisywać niema potrzeby, a które widziałem w 9 przypadkach. Przynależność ich do obrazu grypy tem tylko się da udowodnić, że w tymże samym przypadku, często w temsamem płucu, a nawet w innej części tego samego płatu znajdują się ogniska zapalne innego rodzaju, właściwe grypie. W drugiej jednak części przypadków płatowego zapalenia płuc grypowego stwierdzić można pewne dość znamienne różnice od obrazu zwykłego zapalenia płatowego włóknikowego. Polegają one na trzech cechach, właściwych grypie płucnej, czy też — ściślej mówiąc — płucnym powikłaniom grypy, i usprawiedliwiającym rozpoznawanie jej już z obrazu anatomicznego, o ile można wyłączyć dżumę płucną, do której największe tu jest podobieństwo. Temi cechami są w teraźniejszej epidemii przedewszystkiem niezwykła skłonność do wybroczyn, dalej skłonność do ropienia, wreszcie mały udział włóknika w wysięku zapalnym. I tak często wśród zwątrobiałej części widać dość nieregularnie rozrzucone ciemno-krwawoczerwone plamy, zwykle stopniowo przechodzące w jaśniej czerwono lub szarawoczerwono zabarwione otoczenie. Mikroskopowo stwierdza się w tych właśnie miejscach w wysięku, wypełniającym pęcherzyki, bardzo liczne krwinki czerwone, przeważające liczebnie nad innymi składnikami. Wogóle zaś w grypowych zapaleniach płuc wykrywa mikroskop często znacznie większy udział krwinek czerwonych w wysięku, niżby sądzić można według badania gołem okiem. Kiedyindziej znów wśród zwątrobiałego miąższu rozsiane są plamki żółtawe, w których obrębie miąższ jest miększy i zalewa się ropą, albo też wprost drobne ropnie. Częściej jednak zdarza się widzieć w płacie, uległym zwątrobieniu czerwonemu, w częściach podopłucnych jedno, dwa, rzadko więcej ognisk wybitnie żółtych, dochodzących rozmiarów orzecha włoskiego, kształtem i położeniem przypominających zawały i podobnie jak one ostro od sąsiedztwa odgraniczonych; takie ogniska znajdują się w różnych okresach zropienia, błona opłucna ponad niemi zwykle ulega już na ostro ograniczonej przestrzeni martwicy, a w jamie opłucnej znajduje się zwykle już obfitszy płynny wysięk, często ropny. Takie różne postacie ropienia w zapaleniach płatowych widziałem w 8 przypadkach. Niekiedy wreszcie zapalenie, zajmujące cały płat, lub część jego znaczną, odznacza się uderzająco wiotkim naciekiem; płuco jest szczególnie wiotkie, jak śledziona w durze, przekrój gładki bez śladu ziarnistości, barwy brunatnawoczerwonej, zalewa się bardzo obficie cieczą mętną, gęstą, brunatnawo lub czekoladowo czerwoną; mikroskop stwierdza wtedy obok znacznej ilości ciałek czerwonych bardzo mały udział włóknika w wysięku, albo też wcale nie wykrywa włóknika. Tę postać widziałem tylko 3 razy. Wspomnieć wreszcie należy o jednym przypadku, w którym mazisty, jakby śluzowy wysięk przypominał zapalenie płuc na tle prątków Friedländera; jednakże badanie bakteryologiczne prątków tych w tym przypadku nie wykryło.

Jest jeszcze jedna postać zapalenia płuc, spotykana w grypie, niekiedy występująca ogniskowo, ale niekiedy zajmująca całe płaty i dlatego o niej wspominam tutaj. Widziałem ją 4-krotnie. W przypadkach tych płuco ma na przekroju zabarwienie marmurkowate; na tle zwykle czerwonem lub ciemnoczerwonem widać smugi żółtawe lub szarawożółte, cienkie, a dzielące płuco czasem jakby na zraziki. W opłucnej widać wtedy nieraz całą siatkę naczyń limfatycznych, jakby sztucznie nastrzykanych, a wypełnionych wysiękiem ropnym. Niekiedy w miejscu żółtych smug w miąższu można już gołem okiem napewno rozeznać ropienie, a nawet powstają szczeliny, wypełnione ropą i oddzielające całe odcinki miąższu nakształt sekwestrów. Jestto zatem obraz rzadko spotykanego zapalenia ropnego międzyzrazikowego (pneumonia dissecans), powstającego przez naciek ropny tkanki międzyzrazikowej i szerzenie się ropienia drogą naczyń chłonnych. Sprawa ta może wyjść od oskrzeli, do czego w toku ropnego ich grypowego zapalenia są warunki szczególnie korzystne. Podobno przypomina ona obraz anatomiczny zarazy płucnej u koni, o czem nie mogę sądzić, gdyż tej zarazy nie miałem sposobności badać.

Najpewniej przez takie zapalenie międzyzrazikowe, rozwijające się ogniskowo, powstają opisywane teraz przez niektórych autorów niemieckich (n. p. Oberndorfera), jako coś nowego, ogniska zawałowate, wybroczynowe, ropieniem oddzielone od sąsiedztwa, przyczem w doprowadzającej tętniczce niema zatoru, ani wogóle nigdzie w ustroju materyału zatorowego. Takie ognisko widziałem w jednym przypadku. Kształt tych ognisk, jak również zawałowatych nacieków ropnych wśród miąższu zwątrobiałego, nasunął Oberndorferowi myśl, że zależą one od naczyń, zwłaszcza że w 2 przypadkach znalazł on naciek ropny w ścianach tętnic płucnych (coprawda dużych, u wnęki płuca); popiera go w tem Simmonds, stwierdzając rychłe przechodzenie nacieku ropnego na ściany naczyń, ale mniejszych; natomiast Goldschmid sądzi, że zawałowaty kształt nacieków ropnych równie dobrze da się wytłómaczyć w związku z rozgałęzieniami oskrzeli.

Daleko częstsze, a dla zapaleń grypowych jeszcze znamienniejsze są postacie ogniskowe. I tu, jak w postaciach płatowych, spotykałem zwyczajne, banalne obrazy zapalenia nieżytowego lub złuszczającego (9 razy), albo też włóknikowego (8 razy), przyczem w tych samych przypadkach inne szczegóły dozwalały stwierdzić przynależność takich obrazów do grypy. Ale na pierwszy plan wysuwały się wśród spraw ogniskowych zapalenia wybroczynowe (18 razy), stanowiące niezmiernie znamienny szczegół anatomiczny, oraz ropne (19 razy). W zapaleniach wybroczynowych widzi się wśród miąższu, mniej lub więcej obrzękłego, niekiedy dość bladego, niejednostajnie rozsiane ogniska bardzo nieregularnego kształtu, bardzo rozmaitej wielkości, nieraz nawet jaja kurzego, makroskopowo, ale nieraz i mikroskopowo mało różniące się od zwykłych ognisk krwotocznych, bardzo ciemnoczerwone, twarde. Ogniska te sadowią się zwykle koło oskrzelków, w których wtedy nieraz znajduje się ropa. Sprawy ropne zdarza się widzieć najczęściej w środku ognisk zapalnych włóknikowych, to znów nieżytowych, a niekiedy i wybroczynowych. Najczęściej spotyka się gniazdo takich w środku zropiałych ognisk w jednem tylko lub dwu miejscach jednego z płatów, częściej w pobliżu lub też pod opłucną, ale niekiedy i bliżej wnęki; w ostatnich kilku sekcyach widziałem jednak mnóstwo gniazd ropni, porozrzucanych po wszystkich częściach płuc, zwłaszcza płatów dolnych. Ropnie są zwykle drobne, widywałem już jednak i takie, które miały rozmiar orzecha włoskiego. Jeżeli leżą w sąsiedztwie opłucnej, to ulega ona martwicy, a w jamie opłucnej spotyka się często wtedy obfitszy wysięk płynny, często ropny.

Te właśnie ogniskowe zapalenia wybroczynowe i ropne (nadające pewnej części przypadków w teraźniejszej epidemii niejakie podobieństwo morfologiczne do dżumy płucnej, z którą zresztą nie mają one nic wspólnego), tworzą obraz szczególny i odrębny, jakiego wogóle dotąd na sekcyach nie spotykałem.

W jednym wreszcie przypadku obok ropni widziałem jamki zgorzelinowe wśród ognisk zapalnych włóknikowych, czego, jak się zdaje, dotąd w grypie nie opisywano, co natomiast zdarzać się ma w dżumie.

W bardzo znacznej większości sekcyonowanych przezemnie przypadków łączyły się różne postacie zmian płucnych ze sobą, i to bądź w ten sposób, że w jednym płacie lub w jednem płucu była postać inna, a w drugim inna, bądź nawet w jednym i tymsamym płacie były zmiany rozmaitego rodzaju. Przez to jest anatomiczny obraz grypy płucnej nadzwyczaj urozmaicony i już to samo poniekąd jest jego znamieniem i pozwala go od innych odróżnić.

Zdaje się, że i w teraźniejszej epidemii w różnych miejscowościach są pewne różnice w częstości poszczególnych postaci zmian płucnych. Dla przykładu tylko wspomnę, że Goldschmid w połowie przypadków widział postać płatową (40 na 85), gdy inni znacznie rzadziej, że Pfreimbter (według pracy Hirschbrucha) spotykał ropną tylko w 9%, a Goldschmid podaje, że ropną zawsze, a natomiast nigdy wyraźnie krwotocznej, Schöppler przeciwnie krwotoczną — często i t. d. Ponieważ i co do innych zmian (n. p. w mózgu) są wyraźne różnice między miejscowościami, jak również między epidemią teraźniejszą, a wielką poprzednią z lat 1889—1892 (Schmorl), przeto nie jest to prawdopodobnie zbieg przypadkowy, ale albo wyraz różnych odmian zarazków, albo różnic w czynnikach współdziałających w rozwoju choroby (różne w różnych miejscowościach wpływy atmosferyczne, pył i t. p.).

Jeszcze jeden szczegół o płucach wydaje mi się godny uwagi, mianowicie, które płuco i które części płuc ulegają zmianom częściej i poważniej, gdyż niektórzy klinicyści niemieccy szukają w tem szczegółów różniczkoworozpoznawczych. Otóż w tym okresie, w którym nasze przypadki dostały się na stół sekcyjny, były we wszystkich bez wyjątku zajęte sprawą zapalną o b a płuca. Co do częstości zmian rozleglejszych również prawie niema między obu płucami różnicy, gdyż większe zmiany były w prawem 18, w lewem 16 razy. Najwięcej zmienione lub wyłącznie zmienione bywały płaty dolne.

Z miejscowych następstw zapaleń grypowych płuc ważne jest przedewszystkiem zapalenie opłucnej. Towarzyszy ono grypowym zapaleniom płuc bardzo często, małe stopnie zapalenia prawie zawsze. W stopniu znaczniejszym widziałem je 29 razy, z czego tylko 5 razy jako zapalenie czysto włóknikowe, klinicznie »suche«, zresztą zaś zawsze jako zapalenie z wysiękiem płynnym, i to najczęściej ropnym lub włóknikoworopnym. Skoro tylko opłucna w sąsiedztwie ropni płucnych ulega martwicy, zaraz gromadzić się poczyna w opłucnej wysięk ropny, czasem zabarwiony brunatnawo lub gliniasto wskutek krwawej domieszki, jeżeli, jak to często bywa, powstaną w opłucnej wybroczyny albo nawet rozległe krwawe podbiegnięcia. Taki »gliniasty« wysięk, na który klinicyści kładą pewien nacisk, był jednak wybitny tylko w 4 z naszych przypadków.

Zasługuje na uwagę, że jak zapalenia płuc, tak i zapalenia opłucnej nie odznaczają się przewagą jednej strony; 16 razy na 29 widziałem je po obu stronach, 13 razy po jednej; wyłączne lub znaczniejsze zmiany w lewej jamie opłucnej 14 razy, w prawej 15 razy, a więc prawie równie często.

Drogą naczyń chłonnych oddziaływa zarazek na gruczoły chłonne oskrzelowe i śródpiersiowe. Mniejwięcej w połowie przypadków przedstawiają one znany obraz obrzęku ostrego, żaden jednak z autorów nie wspomina o ich zropieniu, jak to miałem sposobność spostrzegać w jednym przypadku, który łącznie z obrazem zmian w płucach tem więcej przypominał dżumę. Jeżeli ropnie w płucach usadowią się w pobliżu wnęki, to może się rozwinąć zapalenie ropne śródpiersia, które dwukrotnie widział Schöppler; mnie się taki przypadek nie nasunął i nikt inny o tem nie wspomina. Oberndorfer wspomina o spotykanym obrzęku gruczołów pachowych; mnie się to dotychczas nie nasunęło.

Z opłucnej lewej szerzy się zapalenie niekiedy na osierdzie; w naszym materyale widziałem tu tylko 3 razy zapalenie surowiczowłóknikowe, ropnego ani razu. Inni autorowie widywali je zdaje się częściej (n. p. Simmonds 3 razy na 28 sekcyi).

Oddziaływanie zakażenia na odległe narządy objawia się w teraźniejszej epidemii w Niemczech przedewszystkiem działaniem na naczynia, skłonnością do obfitych i rozległych wybroczyn, a to (nie mówiąc już o płucach) przedewszystkiem błon surowiczych, opłucnych, osierdzia, niekiedy otrzewnej, a następnie mózgowia. Pojawianie się mnogich drobnych wybroczynek w mózgu (t. zw. »purpura cerebri«), a niekiedy wybroczynowego zapalenia mózgu ma być według spostrzeżeń Schmorla szczególną właściwością teraźniejszej epidemii w Dreznie, z poprzedniej epidemii w r. 1889 nie znaną. Schmorl widział tę »plamicę mózgu« 15 razy na 50 sekcyi, a ona to zapewne jest najczęstszą anatomiczną podstawą ciężkich postaci »nerwowych« grypy. Rzecz godna uwagi, że spostrzeżenia w innych miastach niemieckich w tegorocznej epidemii nie zgadzają się pod tym względem ze spostrzeżeniami Schmorla. Wybroczyny mózgu widywał Oberndorfer tylko wyjątkowo, Schöppler tylko raz, Dietrich 3 razy na 40 sekcyi, Gruber i Schädel raz tylko widzieli zapalenie wybroczynowe mózgu, a owej plamicy mózgu ani razu. Ja nie widziałem jej także ani razu, nie śmiem jednak twierdzić, aby jej w krakowskiej epidemii nie bywało, a to dlatego, ponieważ nie miałem sposobności wykonać sekcyi przypadków ostrej psychozy pogrypowej, jakie się i u nas zdarzają. Również różni się nasz materyał od spostrzeżeń w innych miejscowościach co do częstości wybroczyn w błonach surowiczych, jak osierdzia, które n. p. Simmonds w Hamburgu widywał bardzo często, a ja spotkałem tylko kilka razy, nieliczne i drobne. Opisywane przez Lubarscha i Simmondsa wybroczyny w błonie śluzowej miedniczek i kieliszków nerkowych widziałem tylko 2 razy.

Ropienia przerzutowego w odleglejszych od płuc narządach nie widziałem ani razu, a jak się zdaje, jest ono wogóle rzadkie; o przerzutowem zapaleniu opon wspomina w jednym przypadku Bergmann, w jednym Goldschmid (na 85 sekcyi), w 2 Gruber i Schädel. Selter widział raz (na 5 sekcyi) drobne ropnie w mięśniach szyi i klatki piersiowej, coby mogło przypominać obraz, spotykany w nosaciźnie.

Ciekawem zagadnieniem jest wpływ na macicę ciężarną, a to dlatego, że wydaje się, jakby on różnił się w różnych miejscowościach. I tak Goldschmid wśród swoich 85 przypadków miał 5, w których w toku grypy było poronienie lub poród przedwczesny i 3 z połogowem zapaleniem macicy. Natomiast wśród naszych sekcyi było 2 ciężarne, u których ciąża mimo bardzo ciężkich zmian grypowych nie uległa przerwaniu, a 2 przypadki ciąży przerwanej, ale bez śladów zapalenia połogowego macicy.

Zgodnie z tem, że w teraźniejszej epidemii prawie nie spostrzegano klinicznie postaci żołądkowojelitowej, nie spotyka się i na sekcyach zmian w narządzie pokarmowym. Tylko Simmonds stwierdził raz w żołądku zapalenie zestrupiające (dyfterytyczne).

Pozostaje wspomnieć jeszcze o zmianach, wspólnych wielu chorobom zakaźnym ostrym, to jest o zwyrodnieniach mięśni, wątroby, o zmianach nerek i śledziony. Mniej więcej w jednej trzeciej części moich przypadków nie było w mięśniu sercowym, wątrobie, ani w nerkach żadnych zwyrodnień; we wszystkich innych przypadkach można było gołem okiem rozpoznać zwyrodnienia miąższowe, najczęściej w mięśniu sercowym (23 razy), rzadziej w wątrobie i w nerkach. Stłuszczenia mięśnia sercowego nie widziałem ani razu, co potwierdziła kontrola mikroskopowa wątpliwych przypadków; z innych autorów Schöppler spotykał je, jak twierdzi, zawsze, Goldschmid przeciwnie prawie nigdy (raz na 85 sekcyi). W dwu naszych przypadkach już przy sekcyi można było przypuszczać fragmentacyę mięśnia sercowego; kontrola mikroskopowa wykryła nierozległą fragmentacyę jeszcze w kilku przypadkach. Stłuszczenie wątroby stwierdziłem przy sekcyi 3 razy. W nerkach 3 razy znalazłem znamiona makroskopowe ostrego zapalenia, mikroskop wykazuje je częściej, ale w nieznacznym stopniu.

Nie spotykanem dawniej w grypie zjawiskiem jest zmiana woskowa (necrosis cerea) mięśni prostych brzucha, takasama, jaka bywa w durze brzusznym i t. p.; Schmorl widział ją 7 razy wśród 50 sekcyi, i to zawsze w tych przypadkach, w których znalazł wybroczynki w mózgu. Tę zmianę w stopniu wybitnym spotkałem 3 razy, dwukrotnie z pęknięciem mięśni i krwotokiem do ich pochewki; kilkakrotnie zmiana była makroskopowo lekko tylko zaznaczona i dopiero mikroskop ją napewno stwierdzał. Częstsze bywało wyraźne przyćmienie mięśni tułowia i kończyn, świadczące o ich zwyrodnieniu miąższowem.

Stan śledziony opisują różni autorowie bardzo różnie. Oberndorfer znajdował zawsze ostry obrzęk, Simmonds i Goldschmid znajdowali zawsze lekki stopień obrzęku, Schöppler i Dietrich podają, że niekiedy niema obrzęku śledziony, Hesse i Selter określają go jako nieznaczny. Wśród naszych 38 sekcyi nie było zupełnie obrzęku śledziony w 12 przypadkach, a więc w jednej trzeciej; w 26 był wyraźny obrzęk, jednakże nigdy nie dochodził wysokich stopni, zaledwo kilka razy była śledziona powiększona w dwójnasób, raz jeden tylko widziałem ten rodzaj obrzęku, jaki spotyka się w ciężkim durze, w tym też przypadku było na torebce śledziony i na sąsiedniej otrzewnej lekkie włóknikowe zapalenie.

Nie mogę potwierdzić spostrzeżeń, jakoby stale brakowało lipoidów w korze nadnercza; wyraźny ich brak stwierdziłem tylko 7 razy, wyraźną obecność (i to bez zmniejszenia ilości) w 11 przypadkach, co potwierdziło badanie w świetle spolaryzowanem. Dietrich dwukrotnie widział w nadnerczach wybroczyny: mnie się taki przypadek nie nasunął.

Cały obraz sekcyjny śmiertelnych przypadków grypy streszcza się więc w ciężkich miejscowych zmianach zapalnych narządu oddechowego z wybitną skłonnością do zapaleń wybroczynowych i do ropienia (które są niezmiernie znamienne), w wywoływaniu pewnego rodzaju skazy krwotocznej, wreszcie w oddziaływaniu na cały ustrój w tensam sposób, jak inne ciężkie ostre choroby zakaźne. Zejście śmiertelne w niektórych przypadkach może zależeć bezpośrednio od zmian miejscowych (bronchiolitis fibrinosa, purulenta, oedema glottidis, rozległe zapalenie płuc i obustronny wysięk opłucny), najczęściej jednak jest wynikiem ciężkości zakażenia, skutkiem paciorkowcowej mikrobicy krwi.

O stosunku obrazu anatomicznego do długości choroby mogą na zasadzie dat, udzielonych mi łaskawie przez oddziały szpitalne powiedzieć, że już nawet po 5-dniowym przebiegu spotyka się w płucach bardzo rozległe i daleko posunięte zmiany zapalne, tak wybroczynowe, jak i ropne, i zapalenia ropne opłucnej. Z sekcyonowanych przezemnie najdłużej trwała choroba dni 17.

We wszystkich publikacyach o tegorocznej epidemii grypy uderza młody wiek chorych i zmarłych z ciężkiej grypy, czy też jej powikłań (Lubarsch miał tylko jeden przypadek ponad 30 r. ż. na 14 sekcyi, Schmorl tylko 5 ponad 27 r. ż. na 50 sekcyi, toż samo podkreślają bez bliższych cyfr Oberndorfer, Schöppler, Gruber i Schädel, Goldschmid). Niektórzy podnoszą, że ciężkie formy grypy i śmierć z niej nie zdarza się wcale u dzieci. Najlepsze wyjaśnienie co do tych stosunków w Krakowie będzie mogła dać statystyka śmiertelności miejskiego Urzędu zdrowia; przypadków sekcyjnych jest za mało, mają one znów jednak tę wielką wartość, jaką ma kontrola anatomiczna. Otóż z naszych sekcyi wynika naprzód, że grypa nierzadko kończy się śmiercią u dzieci (4 poniżej lat 10, z tego u dwojga nie rozpoznawano za życia grypy); dalej, i w naszym materyale znacznie przeważa wiek młodszy, bo od 10—30 r. ż. było 16 zmarłych, a od 30—40 r. ż. 7, ale 4 liczyło ponad 40, a 3 nawet ponad 50 lat (najstarsza 60 lat).

Przyczyny znacznej śmiertelności ludzi młodszych upatrywał Dietrich, który zebrał materyał w szpitalu polowym, w różnych ciężkich zranieniach i schorzeniach (zimnica i t. d.), poprzedzających grypę. Wniosek był zupełnie błędny, wynikał z jednostronnego materyału; wszyscy inni autorowie bowiem stwierdzali w swoich sekcyach najczęściej brak jakichkolwiek innych cięższych zmian lub śladów przebytych chorób, któreby mogły usposobić do ciężkiego przebiegu grypy i niekorzystnego jej zejścia. Mogę to najzupełniej potwierdzić. Na naszych 38 sekcyi znalazło się tylko 17 przypadków z poprzedniemi zmianami, mogącemi na przebieg grypy wpłynąć (3 nieznaczna gruźlica szczytów, 1 wada serca wyrównana, 1 nieznaczna marskość wątroby, 2 płonica, 1 krztusiec, 1 kiła II, 2 poronienia, 2 ciąże, wreszcie 2 razy rozleglejsze, a 3 razy niewielkie zrosty opłucne). We wszystkich innych można było określić stan ustroju poza grypą i jej następstwami, jako zupełnie prawidłowy, przyczem, co wyraźnie zaznaczam, było odżywienie w 20 przypadkach dobre lub nawet bardzo dobre i nie mogło być mowy o szkodliwym wpływie niedożywiania się, a w 7 innych było odżywienie przynajmniej mierne.

Tę osobliwą wrażliwość wieku młodego poniżej lat 30 próbował Oberndorfer tłomaczyć usposobieniem konstytucyonalnem, a mianowicie stanem grasiczno-limfatycznym, rozpoznając go w swych przypadkach często według wielkości grasicy, silnego rozwoju pierścienia limfatycznego gardła, grudek chłonnych w jelitach i grudek śledzionowych. Zwracałem na to szczególną uwagę i nie mogę spostrzeżeń Oberndorfera wcale potwierdzić. Według cech, przyjętych przez Oberndorfera, mógłbym rozpoznawać lżejsze stopnie stanu grasicznolimfatycznego ledwo w 6 przypadkach. Również nie mogli potwierdzić spostrzeżeń Oberndorfera ani Dietrich, ani Gruber i Schädel, ani Goldschmid, który specyalnie w tym celu ważył w swoich 85 przypadkach grasicę.

Nie pozostaje więc nic innego, jak przyłączyć się do przypuszczenia, wypowiedzianego przez większość klinicystów i patologów, iż szczególną częstość grypy, zwłaszcza ciężkiej i śmiertelnej, wśród młodszego pokolenia tłomaczyć należy naturalnem uodpornieniem starszych pokoleń, które przeszły już wielką epidemię w r. 1899/1892.

Piśmiennictwo: 1) Bergmann: D. m. W. 1918. 34. — 2) Dietrich: M. w. W. 1918. 34. — 3) Goldschmid: M. m. W. 1918. 40. — 4) Gruber i Schädel: M. m. W. 1918. 33. — 5) Hesse: M. m. W. 1918. 30. — 6) Hirschbruch: D. m. W. 1918. 34. — 7) Klemperer: W. kl. W. 1918. 34. — 8) Leichtenstern: D. m. W. 1890. — 9) Lubarsch: Ver. Ges. Berlins. D. m. W. 1918. 33, tamże w dyskusyi Benda, Strassmann. — 10) Meyer i Bernhardt: B. kl. W. 1918. 33. — 11) Nauwerck: D. m. W. 1895. — 12) Oberndorfer: M. m. W. 1918. 30. — 13) Paltauf: W. kl. W. 1899. — 14) Ribbert: D. m. W. 1890. 4. — 15) Selter: D. m. W. 1918. 34. — 16) Schöppler: M. m. W. 1918. 32. — 17) Simmonds, tamże. — 18) Stettner, tamże. — 19) Schmorl: D. m. W. 1918. 34.

Z oddziału II. chorób wewnętrznych szpitala powszechnego we Lwowie.

O obrazie klinicznym grypy hiszpańskiej.

Podał

Prof. Dr R. Rencki.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu lwowskiego Tow. lek. 5. X. 1918).

Z wiosną b. r., jak doniosły dzienniki, wybuchła w Hiszpanii epidemia grypy, która, szybko się szerząc, posuwa się ku wschodowi i pod obrazem wielkiej pandemii zatacza coraz dalsze kręgi w Europie. W Niemczech pierwsze przypadki zachorowań stwierdzono w początku czerwca, zrazu sporadyczne, z końcem miesiąca epidemia szerzy się już gwałtownie po miastach i wsiach i przedostaje się do krajów austryackich. Spostrzeżenia lekarskie donoszą zgodnie, że schorzenie obecne występuje wśród jednych i tych samych objawów chorobowych, które mają znaczne podobieństwo do obrazu grypy z wielkiej epidemii 1889/90. Podkreślają, że chorobie tej podlegają przeważnie ludzie młodsi, a przebieg jej bywa szybki i naogół łagodny, tak że większość chorych leczy się w domu, rzadko szukając pomocy w szpitalach.

Pierwsze przypadki grypy we Lwowie spostrzegałem dopiero w pierwszych dniach lipca; pojawiły się one w tutejszym szpitalu powszechnym najpierw na oddziale chorób nerwowych, na którym służba szpitalna, później siostry i personal lekarski ulegli schorzeniu. Znamiennem jest, że pomimo sprzyjających warunków, wynikłych z bardzo dużego ruchu chorych w szpitalu, ciągłego stykania się poszczególnych oddziałów, epidemia nie obejmuje odrazu całego szpitala, lecz dość wolno przenosi się z oddziału na oddział. W miesiąc później występuje na oddziale wewnętrznym II, we wrześniu kilka przypadków na żeńskim oddziale chorób skórnych; na innych występuje sporadycznie; a obecnie od czasu do czasu pojawiają się schorzenia wśród personalu szpitalnego lub odosobnione zakażenia na salach chorych. Stwierdziliśmy, że zakażenie chorych, leżących na przepełnionych salach, przenosiło się stosunkowo w bardzo małym procencie z osoby na osobę, i to przeważnie, jak tu podnieść musimy, dotykało osoby młodsze.

Obecnie epidemia grypy szerzy się coraz gwałtowniej; we Lwowie i w powiecie lwowskim stale wzmaga się liczba zachorowań; zdaje się, że epidemia w ostatnich tygodniach dobiega swego szczytu, bo napływ do szpitala chorych, dotkniętych grypą, który dotąd znacznie się zwiększał, od kilku dni okazuje mały spadek. Wśród zgłaszających się przypadków uderza przedewszystkiem częstość powikłań ze strony narządu oddechowego, a nadto niezwykle ciężki ich przebieg.

Niepodobna mi dziś dać skończony obraz kliniczny panującej obecnie grypy, gdyż na obraz ten złożyć się muszą zbiorowe spostrzeżenia, oparte na rozmaitym i liczniejszym materyale. Inne postacie chorobowe spostrzegają lekarze praktycy, postacie o łagodniejszym przebiegu, które nie tak często zgłaszają się do szpitala, inne znowu postacie, ciężkie i zaniedbane, gromadzą kliniki i szpitale, które pozwalają nadto na równie ważne spotrzeżenia anatomiczne.

Na podstawie przeważnie spostrzeżeń przypadków grypy, leczonych na oddziale wewnętrznym II. szpitala powszechnego, dodając do tego ważniejsze przypadki spostrzegane poza szpi-

talem, przedstawię obraz kliniczny grypy tak, jak on mi się przedstawił, a sądzę, że udział w dyskusyi kolegów, pracujących w szpitalach i praktyków przyczyni się znacznie do jego uzupełnienia.

Okres wylęgania się grypy bywa krótki, a określają go różni autorowie na dwa do trzech dni, dodają jednakże, że może czasem wynosić tylko kilka godzin. Na podstawie moich spostrzeżeń przypuszczam, że okres ten jest nieco dłuższy i wynosi 3—6 dni.

Na grypę zapadają osoby bez różnicy wieku, płci i zawodu; co do wieku ponownie podkreślić musimy, że jakkolwiek widywaliśmy na oddziale szpitalnym przypadki grypy u osób starszych, to przedewszystkiem w tej epidemii uderza ogromna przewaga schorzeń u ludzi młodszych, i to przeważnie poniżej trzydziestego roku życia.

Obraz kliniczny w przeważnej liczbie przypadków grypy, przebiegającej bez powikłań, jest dość typowy.

Okresu zwiastunów choroby zazwyczaj nie spotykamy, rzadko tylko podają chorzy, że dnia poprzedzającego wybuch choroby, a wyjątkowo tylko kilka dni przedtem, doznawali uczucia znużenia, osłabienia i łatwo się pocili.

Choroba zaczyna się zazwyczaj nagle dreszczem lub dłużej trwającem uczuciem chłodu, poczem występuje gorączka. Podmiotowo skarzą się chorzy na silne bóle głowy, krzyżów i w kończynach, a przedewszystkiem na ogólne uczucie wielkiej niemocy, zmuszającej ich do pozostania w łóżku, do tego dołączają się łzawienie, pieczenie w gardle i kaszel, zwykle brak apetytu, rzadziej wymioty i biegunki. Widzieliśmy przypadek, w którym choroba rozpoczęła się wśród zupełnego zdrowia, nagle po wyjściu na ulicę, omdleniem.

Ciepłota ciała podnosi się szybko do 39—40°; w pewnej części przypadków bywa niższa (do 38·5). Chorzy wyglądają dość charakterystycznie: twarz żywo zaczerwieniona, czasem z odcieniem wiśniowym. Spojówki powiekowe zwykle silnie zaczerwienione, rzadziej powieki obrzękłe; objaw ten uważamy za częsty, nieraz utrzymuje się on i po ustaniu stanu gorączkowego. We wszystkich prawie przypadkach występują objawy nieżytu górnych dróg oddechowych. Nieżyt nosa, zwykle nieznacznego stopnia, czasem jednak sprawia trudności oddychania nosem; rzadko krwawienia; język zwykle znacznie obłożony, nieraz brunatno-szarawy, błona śluzowa gardła silnie zaczerwieniona, migdałki często rozpulchnione, jednak bez nalotów i czopów. Błona śluzowa krtani i tchawicy przekrwiona, nieraz bardzo znacznie obrzękła, jest powodem chrypki, bólu przy połykaniu, uczucia pieczenia wzdłuż mostka i nieraz bardzo uporczywego męczącego kaszlu. Gruczoły chłonne na szyi i pod szczęką nieraz lekko obrzękłe i na ucisk tkliwe. Nieżyt oskrzelowy w przeważnej części przypadków jest małego nasilenia, szmery oddechowe mniej lub więcej zaostrzone, często świty i furczenia. Wydzielina oskrzelowa w początkach śluzowa i w małej ilości, odkrztuszanie jej trudne; w cięższych przypadkach wydzielina śluzowo-ropna, czasem z domieszką krwi.

W narządzie krążenia w niepowikłanych i niezbyt ciężkich przypadkach większych zmian nie spotykaliśmy; nierzadko stwierdzaliśmy tylko niestosunkowo do wysokiej ciepłoty wolne tętno, które utrzymywało się nieraz przez kilka dni po spadku ciepłoty, spadając do 60—50 uderzeń na minutę.

We krwi w tych przypadkach nie stwierdzaliśmy większych zmian; ilość ciałek białych w granicach prawidłowych, czasem zmniejszona do 4.000. Stosunek procentowy prawidłowy lub lekkie zwiększenie ilości ciałek jednojądrzastych; ciałka eozynochłonne znikały na szczycie gorączki, choć w poszczególnych przypadkach stwierdzaliśmy ich obecność 0·5—1% nawet w okresie gorączki; ciałka czerwone bez zmian. Obrzęku wątroby nie stwierdzaliśmy, rzadko i tylko w cięższych powikłanych przypadkach lekki obrzęk śledziony; w moczu rzadko ślad białka, odczyn dwnazowy ujemny.

Przebieg choroby bywa zwykle szybki, gorączka trwa 2—5 dni i wyjątkowo tylko przeciąga się dłużej; tor gorączki stałej lub lekko zwalniającej, spadek dość prędki (lysis); czasami spotykaliśmy po kilkudniowej przerwie nawrót stanu gorączkowego, zwykle nie przenoszący 38°, który trwał 2—3 dni. Powrót do zdrowia w prawidłowym przebiegu w większości przypadków bywa dość szybki, w niektórych jednak osłabienie utrzymuje się przez czas dłuższy, nawet do dwóch tygodni, wśród objawów lekkiego nieżytu oskrzelowego.

Z przedstawionego obrazu klinicznego niepowikłanych przypadków grypy widać, jak różne narządy ustroju równocześnie ulegają schorzeniu, a tylko zmienne jest nasilenie objawów chorobowych ze strony poszczególnych narządów; niewłaściwe zatem jest rozróżnianie rozmaitych typów grypy, jak to przeważnie dotychczas się dzieje, gdy mowa o grypie dróg oddechowych, przewodu pokarmowego, narządu nerwowego, gorączce grypowej lub wreszcie o postaci gośćcowej; postacie te bowiem nalezą do jednej i tej samej jednostki chorobowej.

I tak obok podanego powyżej przeciętnego obrazu grypy spotykać można przypadki o łagodnym przebiegu, trwające 1—2 dni, w których ciepłota nie przekraczała 38°, a oprócz bólów głowy, krzyżów lub kończyn i ogólnego osłabienia objawy ze strony innych narządów bywały nieznaczne lub wcale nie występowały; te przypadki stwierdzaliśmy zwykle u osób starszych ponad 30 rok życia.

Objawy ze strony układu nerwowego są zwykłem zjawiskiem w grypie. Należą tu przedewszystkiem bóle głowy, które dość często, zwłaszcza w pierwszych 48 godzinach, bywają bardzo gwałtowne i dla chorego niezwykle przykre; towarzyszy im niepokój, a czasem i śpiączka. Często stwierdzaliśmy nerwoból w zakresie nerwu trójdzielnego, a mniejszą lub większą bolesność przy ucisku na nerw nadoczodołowy i podoczodołowy zaliczyć musimy do dość stałych i wczesnych objawów grypy. Dość często występuje obecność punktu lędźwiowego, który Boeckler uważa za jeden z najważniejszych objawów grypy, a którego brak pozwala nawet wyłączyć tę sprawę chorobową. Punkt ten leży na przecięciu linii, biegnącej dwa palce ponad najwyższym punktem grzebienia kości biodrowej, a zewnętrznym brzegiem najdłuższego mięśnia grzbietu. Ucisk na punkt ten w kierunku kręgosłupa (między 3—4. kręgiem) trafia na czwartą gałąź lędźwiową. Na schorzeniu całego odcinka lędźwiowego (neuritis) mają zdaniem Boecklera polegać bóle lędźwiowe. Zajęcie sensoryum, niepokój, podniecenia, spotykaliśmy często w ciężkich stanach, powikłanych zapaleniem płuc. W jednym przypadku stwierdziliśmy u młodego mężczyzny wśród bardzo gwałtownych bólów głowy, lekkiej nieprzytomności, wymiotów, wystąpienie zupełnej sztywności karku, znaczne wzmożenie odruchów ścięgnistych i objaw Kerniga. Objawy te po kilku dniach ustąpiły.

Z objawów ze strony narządu pokarmowego stwierdzaliśmy zwykle w samym początku choroby częste nudności, wymioty, rzadziej biegunki. W ciężkich septycznych przypadkach, powikłanych zapaleniem płuc, częściej występowały nudności i wymioty, a zwłaszcza uporczywe biegunki; stolce płynne, zawierały domieszkę śluzu, nigdy zaś nie stwierdzaliśmy obecności krwi. W kilku ciężkich przypadkach występowała znaczna bolesność powłok brzusznych; w jednym zwłaszcza bolesność całego brzucha była tak znaczna, a powłoki tak napięte i deskowato twarde, jak spotykamy przy ciężkich zapaleniach otrzewnej. W przypadku tym badanie anatomiczne wykazało rozległe wybroczyny w mięśniach prostych brzucha.

Na skórze, skłonnej do potów, występuje czasami potówka (miliaria crystallina); opryszczki na wargach, nosie, są nierzadkiem zjawiskiem. Dwukrotnie w przebiegu ciężkich zapaleń płuc stwierdziliśmy rozległą wysypkę na kończynach górnych i tułowiu, podobną do płonicy, miejscami lekko wyniosłą o falistym brzegu, podobną do pokrzywki, lekko swędzącą. Oba te przypadki zakończyły się śmiercią, a wysypka wystąpiła na dwa dni przed zejściem śmiertelnem. W trzech przypadkach wystąpiło jako powikłanie zapalenie ucha środkowego z szybkiem przebiciem na zewnątrz, z tych dwa z wydzieliną surowiczą, a jedno z ropną.

Miesiączka u chorych, dotkniętych ciężkiemi powikłaniami płucnemi, niejednokrotnie występowała wcześniej, bywała bardzo obfita i przeciągała się długo; w 4 przypadkach ciężkiej grypy, powikłanej zapaleniem płuc, nie widzieliśmy ujemnego wpływu na przebieg istniejącej ciąży.

Na ciężkość sprawy chorobowej w obecnej epidemii grypy wpływają przedewszystkiem powikłania ze strony narządu oddechowego. Już samo ostre zapalenie krtani i tchawicy może dosięgnąć tak znacznego stopnia, że objawy stąd wynikłe stają się groźne dla chorego. W jednym przypadku, powikłanym zapaleniem płuc, wystąpiły objawy zwężenia krtani, podobne do dławca wrzekomego jak: głośny wdechowy świst, zapadanie się dołków nadobojczykowych, dołka nadmostkowego, uczucie duszenia się, niepokój tak, że były chwile, w których poważnie rozważaliśmy potrzebę tracheotomii; po dwóch dniach ten ciężki stan zwolna przeminął. W drugim przypadku wystąpiły objawy zwężenia krtani z następową dusznością, trudność połykania, wywołane zapalnym obrzękiem ochrząstnej krtani (Dr Spalke). Obrzęk i znaczne przekrwienie tchawicy, zwłaszcza w okolicy jej podziału, są zwykle powodem gwałtownych napadów kaszlu; w nocy napady te bywały zwykle większe, tak że nikt na sali sypiać nie mógł, a wśród dnia ustawiczny kaszel był przeszkodą przy badaniu chorych. Kaszel ten, nieraz o charakterze krztuścowym,

przeciągły, ochrypły, sprawiał przykre bóle międzyżebrowe i wyniszczał chorych aż do omdlenia.

Jeszcze cięższe stawały się objawy z chwilą posunięcia się sprawy zapalnej na drobne oskrzela i oskrzeliki. Obok uporczywego kaszlu zjawiała się duszność, sinica na wargach i twarzy, w plwocinie, zrazu śluzowej, a później śluzowo-ropnej, zjawiała się krew, czasem w większej ilości. W tych już przypadkach stwierdzać mogliśmy istniejące objawy kliniczne. Do ciężkiego ogólnego stanu i groźnych objawów podmiotowych stał wynik przedmiotowego badania płuc w rażącym niestosunku. Stwierdzaliśmy bowiem znaczne osłabienie drżenia klatki piersiowej, wdechowe zapadanie się dolnych międzyżebrzy, odgłos bębenkowy, w górnych częściach szmery pęcherzykowe nieco zaostrzone, czasem świsty, a w dolnych częściach wybitne osłabienie szmerów oddechowych. Ten niestosunek objawów podmiotowych ze strony narządu oddechowego do wyniku podmiotowego badania klatki piersiowej uważamy za charakterystyczny dla ciężkich przypadków grypy; jest on wynikiem znacznego obrzęku błony śluzowej w drobnych oskrzelach i oskrzelkach. Objawy nieżytu górnych dróg oddechowych i oskrzeli przy nieco większem ich nasileniu trwają nieraz dłuższy czas, nawet do dwóch tygodni po ustąpieniu gorączki.

Do częstych a najpoważniejszych powikłań grypy obecnej należy zapalenie płuc. W stosunkowo krótkim przeciągu czasu mieliśmy w obserwacyi szpitalnej 110 przypadków grypowego zapalenia płuc, dalszych około 30 pozostaje obecnie w leczeniu.

U chorych, przyjętych do szpitala z objawami grypowego zapalenia płuc, stwierdzić mogliśmy na podstawie wywiadów, że objawy zapalne trwały kilka, a nawet kilkanaście dni, u poszczególnych nawet trzy tygodnie; rzadko można się było dowiedzieć o chwili rozpoczęcia się sprawy zapalnej. W jednych, mniej licznych przypadkach, sprawa zapalna w płucach zaczynała się nagle wśród zupełnego zdrowia dreszczem, gorączką, kaszlem i kłuciem w klatce piersiowej. Częściej podawali chorzy, że najpierw zachorowali wśród typowych objawów grypy, a dopiero po kilku dniach ponownie stan ich pogarszał się wśród świeżych dreszczów i gorączki.

Zapalenie płuc w obecnej epidemii grypy występuje pod postacią zapalenia zrazikowego, a rzadziej zapalenia płatowego. Zajmuje zwykle płaty dolne, zazwyczaj występuje obustronnie, częściej i wcześniej po stronie prawej, i to zazwyczaj w okolicy przykręgosłupowej. W mniejszej części przypadków sprawa zapalna występowała jednostronnie, czasami, choć rzadziej, zapalenie ograniczało się do płatów górnych.

Prawie we wszystkich, nawet lekkich przypadkach zapalenia twarz chorego, zaczerwieniona przybiera odcień lekko sinawy, spojówki powiekowe nastrzykane, język jest obłożony mułem białożółtawym, czasem brunatnym, zwykle podsycha, wargi suche; występuje duszność, uporczywy kaszel i kłucie w klatce piersiowej. Wyniki przedmiotowego badania, co chcę znowu podkreślić, są i tu nieraz niestosunkowo małe do ciężkiego stanu ogólnego. Przy drobnych ogniskach zapalnych odgłos bębenkowy, drżenie nieraz osłabione, szmery oddechowe słabe i ledwo dosłyszalne, czasem świsty i ograniczone ogniska drobniutkich trzeszczeń, które występują zwykle dopiero po kaszlu, słowem obraz, nie różniący się niczem prawie od podanego powyżej obrazu ostrego nieżytu w drobniutkich oskrzelach i oskrzelkach. Wynik jednak badania krwi i dalszy przebieg stwierdzają niewątpliwą obecność zapalenia płuc.

Pouczający jest n. p. przypadek następujący: A. K. lat 27, z powodu napadu duszności od pięciu lat zgłasza się do szpitala. Stwierdzono stan bezgorączkowy, zagęszczenia szczytowe, oraz rozedmę płuc. Trzeciego dnia dreszcze i gorączka do 40⁰, bóle w kończynach, bóle głowy i w klatce piersiowej, biegunki. Na klatce piersiowej odgłos bębenkowy, słabe szmery pęcherzykowe, liczne świsty i furczenia, a w dole nieliczne drobniutkie rzężenia. We krwi 13.800 c. białych, n. 81%, eozyn. 0; mocz bez białka, chlorki lżejsze, odczyn dwuazowy ujemny. W cztery dni później opryszczki na wardze, drobne rzężenia, obfitsze po całej klatce piersiowej, odgłos bębenkowy. We krwi 16.800 c. białych, n. 75%, eoz. 0.5%. Gorączka utrzymuje się przez 17 dni do 40⁰ przy tętnie około 100, oddechach 40 na minutę; wargi i język suche, popękane, brunatne, biegunki, niepokój i majaczenia. W plwocinie wykazał kolega Nowicki obecność prątków Pfeiffera i paciorkowca hemolitycznego. Badanie anatomiczne wykazało: Tracheobronchitis acuta catarrhalis. Bronchiolitis purulenta. Emphysema pulm. Pleuritis recens fibrinosa pr. dextr. incip. Degeneratio renum et myocardii parenchymatosa.

W innych przypadkach stwierdzamy w miarę rozszerzania się ognisk zapalnych mniejsze lub większe przytłumienia na klatce piersiowej, szmery oskrzelowe obok drobnych rzężeń, dość zresztą rzadko miękkie tarcie opłucne. Plwocina śluzowo-ropna, czasem z domieszką krwi lub krwawa, częściej jednak śluzowo-ropna w zbitych bryłach, jaką spotykamy przy rozszerzeniach oskrzeli. W jednym przypadku plwocina krwawa utrzymywała się kilka dni jeszcze po spadku gorączki.

Pod względem przebiegu podzielić możemy zapalenia grypowe na dwie grupy. Jedna część przypadków zapaleń płuc, znacznie liczniejsza, przebiega mniej ciężko i korzystniej, niż druga. W tych pierwszych przypadkach chorzy wyglądają jak niezbyt ciężko chorzy, sinica nieznaczna, oddechy niezbyt przyspieszone, czasami w najlżejszych przypadkach nawet 20—24 na minutę, a tętno często zwolnione, około 100, przy ciepłocie 39—39·5⁰. We krwi w jednych przypadkach ilość c. białych prawidłowa przy prawidłowym odsetku ciałek wielojądrzastych, braku c. eozynochłonnych, a czasem tylko ich zmniejszeniu do 0·5%; w niektórych stwierdziliśmy zmniejszenie ilości c. wielojądrzastych na korzyść limfocytów, a zwłaszcza c. jednojądrzastych. Jednakowoż w większości tych przypadków zapaleń płuc stwierdzaliśmy mierną leukocytozę neutrofilną między 10.000—16.000. Gorączki utrzymywały się na wysokości około 39⁰ o torze zwalniającym przez kilka do kilkunastu dni, potem przez wolny spadek schodziła ciepłota do stanu prawidłowego. Nagły przełom gorączki należał do rzadkości.

Przewlekanie się zapalenia grypowego jest częstem zjawiskiem i uważać je musimy jako jego objaw charakterystyczny. Ciepłota obniża się nieraz do 38⁰ i jako gorączka nieraz przerywana trwać może czas dłuższy. Nacieki zapalne utrzymują się uporczywie długo, a rozchodzą się bardzo wolno, tak że w niektórych przypadkach musimy mówić o przewlekłem zapaleniu grypowem. Długo nieraz, bo nawet i kilka tygodni po ustąpieniu gorączki, utrzymuje się w płucu oddech oskrzelowy, a zwolna stwierdzić się dają objawy zagęszczenia miąższu płucnego. Klatka piersiowa zwolna ulega zapadnięciu, a w obrazie rentgenoskopowym stwierdzamy jednolite zaćmienie miąższu płucnego, wśród którego ograniczone miejsca jaśniejsze potwierdzają objawy kliniczne tworzących się jam oskrzelowych. Wśród naszego materyału klinicznego widzieliśmy dwukrotnie zejście zapalenia w zgorzel płuc, a raz w ropienie i równoczesną zgorzel.

W przeciwieństwie do tego obrazu widzieliśmy, co prawda bardzo rzadkie — przypadki, w których przebieg był nadzwyczaj szybki i gwałtowny. Przy nieznacznych objawach podmiotowych, jak przy rozsianym ostrym nieżycie w drobniutkich oskrzelach i oskrzelkach, wśród osłabienia szmerów oddechowych bez wybitniejszych zmian opukowych na klatce piersiowej, wśród zwiększającej się sinicy i duszności, uporczywego kaszlu, wykrztuszania plwociny śluzowo-krwawej i obrzęku płuc, ginęli chorzy w 5., a nawet w 4. dniu choroby. Ten piorunująco szybki śmiertelny przebieg zapalenia płuc u ludzi młodych, dobrze zbudowanych, poprzednio zdrowych, mimowoli przywodzi nam na pamięć obraz podobnie przebiegającej postaci dżumy płucnej.

Z drugiej strony widzieliśmy dwukrotnie ustępowanie sprawy zapalnej płuc po 3—4-dniowem jej trwaniu, gorączka spadała prawie przełomowo, choć objawy przedmiotowe w postaci ograniczonego nieżytu w drobniutkich oskrzelkach, przy bębenkowo przytłumionym odgłosie opukowym, utrzymywały się przez czas dłuższy.

Znaczny kontygent naszych chorych z zapaleniem grypowem płuc okazywał już w chwili przybycia na oddział szpitalny objawy ciężkiego schorzenia. Wysoka ciepłota ciała o typie gorączki stałej, a czasem wybitnie przerywanej, powtarzające się dreszcze, bladość wraz z sinicą na twarzy, bardzo bolesne kłucia w klatce piersiowej, przyspieszone oddechy ponad 50—60, na minutę, tętno dwubitne, miękkie, powyżej 140 uderzeń, zapad, odrazu zwracały uwagę na wielką złośliwość i septyczną postać sprawy chorobowej. Zwykle występowały w tych przypadkach objawy ze strony układu mózgowo-rdzeniowego, utrata przytomności, niepokój, drżenie rąk, nieraz znaczne podniecenie; chorzy zrywali się z łóżka, stawali się agresywni, tłukli stojące obok naczynia tak, że musiano ich odosabniać w łóżku siatkowem.

U niektórych znowu ciężko chorych odmienny był nieco obraz: znaczne zaczerwienienie i obrzęk twarzy, przekrwienie spojówek powiekowych, wargi i język suche, popękane, brunatnoczarne, obrzęk śledziony, w moczu znaczna ilość białka, 0·5—1%, z licznymi wałeczkami ziarnistymi w osadzie, dawały łudzące podobieństwo do duru plamistego. W innych znowu obraz zbliżał się więcej do duru brzusznego lub paratyfusu, zwłaszcza gdy wystąpiły wzdęcia brzucha, kruczenia w jelitach i uporczywe biegunki, a liczba tętna utrzymywała się w stosunkowo niskich granicach. W jednym z takich przypadków stwierdziliśmy na

skórze wysypkę, podobną do płonicy, a miejscami do pokrzywki; w drugim wystąpiło zapalenie ropne gałki ocznej z równoczesnem zajęciem septycznem stawów kończyny górnej i dolnej prawej, oraz zakrzepem zapalnym żył.

We krwi w tych ciężkich przypadkach stwierdzaliśmy zazwyczaj znaczną leukocytozę do 28.000, zazwyczaj neutrofilną 80—90% przy braku ciałek eozynochłonnych. W niektórych z tych przypadków, zwłaszcza niepomyślnie przebiegających, stwierdzaliśmy obecność metamyelocytów, rzadziej myelocytów, (0·5—1%), a dość często obecność komórek plazmowych. W jednym przypadku śmiertelnym stwierdziliśmy obecność ciałek czerwonych jądrzastych (normoblasty). Rzadko tylko spotykaliśmy w przypadkach śmiertelnie przebiegających zupełny brak leukocytozy, przy nieobecności ciałek eozynochłonnych, a stwierdzaniu meta i myelocytów. Chorzy ci zwykle szybko umierali, niektórzy już wkrótce, t. j. kilka do kilkunastu godzin po przyniesieniu na salę chorych. Tu podnieść musimy na podstawie naszej obserwacyi, że były to zawsze przypadki w najwyższym stopniu zaniedbane, dotąd pozbawione wszelkiej opieki lekarskiej. Pewna ich część, która pierwotnie zapadła na grypę, nie usuwała się od swych zajęć, ciężko dalej pracując. Śmiertelność tych przypadków była bardzo wysoka.

Zapalenia opłucnej spotykaliśmy dość często, a towarzyszyły one zawsze zapaleniu grypowemu płuc. Często skarżą się chorzy na kłucia, nieraz bardzo gwałtowne, przy badaniu zaś nie zawsze stwierdzić mogliśmy tarcie opłucne, i to miękkie. Wysięk surowiczy niejednokrotnie stwierdziliśmy przez nakłucie. Pierwotnego samoistnego zapalenia opłucnej nie stwierdziliśmy ani razu. W jednym tylko przypadku, przebiegającym wśród ciężkich septycznych objawów, wykazaliśmy szybko wytwarzający się wysięk krwawy, w którym stwierdziliśmy obfitą ilość paciorkowców. Badanie anatomiczne w tym przypadku wykazało obok rozlanego krwawego i częścią już ropnego zapalenia opłucnej, w płucu samem bardzo nieznaczne ognisko zapalne o charakterze ropnym tak, że pierwotna sprawa w opłucnej wydawać się mogła prawdopodobną.

Uderzająco częstem jest ropne zapalenie opłucnej, które stwierdziliśmy w 10·9% wszystkich naszych dotychczasowych przypadków. Występuje ono nieraz dość szybko, bo już 5. lub 6. dnia zapalenia płuc, zwykle jednak nieco później. Wysięk ropny szybko się zwiększa, dosięgając nieraz w 24 godzinach grzebienia łopatki. W naszych przypadkach był on zawsze jednostronny. Ciepłota ciała, w początkach wysięku ropnego wysoka, obniżać się może dość znacznie, przybierając tor przerywany. Chorzy czują się bardzo osłabieni, skarżą się na duszność, kłucie, zwłaszcza przy kaszlu, obficie się pocą; tętno bywa zwykle przyspieszone, miękkie, choć w okresie spadku ciepłoty wynosić może 70—80 uderzeń. Plwocina śluzowo-ropna, rzadko z domieszką krwi.

Nakłucie wykazuje w pierwszych chwilach płyn mętny ropiasty, żółtawy, który zawiera obficie ciałka ropne częścią w rozpadzie, ciałka czerwone krwi i paciorkowce. Wysięk ten nieraz już po 24 godzinach przybiera cechy ropne; w dłużej trwających wysiękach charakter ich jest zawsze ropny. Z 11 przypadków wysięku ropnego trzy zakończyły się śmiercią, z tych dwa pomimo zabiegu operacyjnego; ośmiu chorych pozostaje nadal w leczeniu, a stan ich dobry.

W jednym przypadku zapalenie opłucnej lewostronne rozprzestrzeniło się na worek osierdziowy, zresztą zmian świeżych na osierdziu i wsierdziu klinicznie nie stwierdziliśmy ani razu.

Co do wpływu ropnego zapalenia płuc na gruźlicę płuc, to na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń na oddziale wewnętrznym II, nie możemy stwierdzić zwiększenia się przypadków gruźlicy płuc w szpitalu, przeciwnie uderzająco zmniejszyła się liczba chorych, dotkniętych gruźlicą, na oddziale. Czyżby to był objaw zwiększonej śmiertelności chorych gruźliczych poza szpitalem, znany zresztą podczas poprzedniej epidemii grypy? Sprawę tę niewątpliwie rozstrzygnie statystyka obecnej śmiertelności z gruźlicy wsi i miast.

W rozpoznaniu klinicznem grypy przypadki jej wśród stwierdzonej epidemii, wobec typowego obrazu klinicznego nie przedstawiają żadnej trudności. Jedynie tylko pewne, ciężko przebiegające przypadki mogą dać podobny obraz do duru plamistego, inne do duru brzusznego i paratyfusu. Dalszy jednak przebieg choroby, brak typowej wysypki, brak lub nieznaczny tylko obrzęk śledziony, skład krwi prawidłowy lub leukocytoza neutrofilna w ciężkich postaciach, stały brak odczynu dwuazowego, przemawiają za grypą i jej powikłaniami.

W wątpliwych przypadkach wobec nieznacznych objawów klinicznych ze strony płuc rozstrzygającym będzie odczyn Widala lub Felixa Weila. Ostrą gruźlicę prosówkową, przebiegającą niekiedy pod obrazem zapalenia grypowego, odróżnia jej dłuższy przebieg, obecność odczynu dwuazowego lub wynik nakłucia lędźwiowego.

Co do rokowania w przebiegu grypy, to przypadki niepowikłane przebiegają zwykle szybko i pomyślnie. Poważne są przedewszystkiem powikłania ze strony narządu oddechowego, a wyjątkowo układu mózgowego; widzieliśmy śmiertelnie przebiegające zapalenie opon mózgowych po ostrem zapaleniu ucha środkowego.

Nie rozporządzając cyframi statystycznemi co do większej liczby przypadków grypy niepowikłanej, nie mogę podać procentowego stosunku występujących powikłań ze strony płuc i opłucnej. Z naszych przypadków na 110 zapaleń płuc utraciliśmy 34, czyli procent śmiertelności wynosi 30·9. Na podstawie jednak naszych spostrzeżeń, obejmujących przypadki nieraz bardzo ciężkie, nieleczone i zaniedbane, w których chorzy w kilka do kilkunastu godzin po przybyciu do szpitala wśród zapadu ginęli, nie zapatruję się tak pesymistycznie na rokowanie w grypie i twierdzę, że częstość powikłań przy grypie i śmiertelność ich w warunkach normalnych, a przy odpowiedniej pomocy lekarskiej, będzie niewątpliwie znacznie mniejsza.

Leczenie grypy niepowikłanej w przeważnej liczbie przypadków jest objawowe; ograniczyć się ono powinno przedewszystkiem do zapobiegania i leczenia powikłań.

Po stwierdzeniu pierwszych objawów grypy chory powinien pozostać w łóżku aż do ustąpienia gorączki i nie opuszczać mieszkania przez czas przynajmniej 1 tygodnia, a w razie utrzymywania się choćby lekkich objawów nieżytowych — aż do zupełnego ich zniknięcia. Objawowo korzystnie działają przetwory salicylowe, chinina, pyramidon. Wobec pojawienia się objawów zapalenia płuc energiczne wspomaganie akcyi serca, duże dawki naparstnicy i równoczesne stosowanie kamfory. W ostatnich czasach podajemy kombinacyę naparstnicy z antypiryną i salicylanem sodowym, podaną przez Frankego (Inf. fol. digit. $^{1}/_{150}$, natr. salicyl. 7·00, antipyr. 3·00, co dwie godziny aż do obniżenia ciepłoty). Odniosłem wrażenie, że jakkolwiek to leczenie nie wpływa na samą sprawą zapalną, to przecież chorzy lepiej się czują i łatwiej zapalenie przechodzą. Wobec stwierdzania częstej obecności paciorkowca w przebiegu septycznym zapalenia płuc, należałoby w przyszłości spróbować leczenia surowicą przeciwpaciorkowcową. W jednym dotychczas bardzo ciężkim przypadku obustronnego zapalenia płuc po zastosowaniu 40 gramów surowicy wśródmięśniowo nie widzieliśmy dodatniego wyniku.

W Szwajcaryi polecono niedawno neosalwarsan jako lek swoiście działający; środek to stosowany, jak wiadomo, z powodzeniem w zarazie płucnej u koni. Stosowaliśmy go dożylnie w 6 ciężkich przypadkach, zrazu w dawce po 0·3, później 0·45; nie odnieśliśmy wrażenia, jakoby lek ten miał wybitniejszy skutek. Trzy przypadki zakończyły się śmiertelnie. W kilku przypadkach pewne polepszenie ogólnego stanu i spadek ciepłoty widzieliśmy po jednorazowem stosowaniu 10 gramów mleka śródmięśniowo, a w 3 ciężkich przewlekłych przypadkach pomyślne zejście po stosowaniu kollargolu w lawatywie. Przy uporczywych biegunkach działa korzystnie podawanie 3—4 łyżeczek węgla zwierzęcego.

Znaczna część przypadków z oddziału wewnętrznego II. była przedmiotem badań bakteryologicznych i anatomicznych, które przeprowadził prof. Nowicki, a których wyniki wkrótce przedstawi. Nie chcę dotykać tej części obserwacyi, ale chciałbym tylko ze stanowiska klinicznego na zakończenie odpowiedzieć na nasuwające się tu pytanie, czy grypa, obecnie u nas spostrzegana, jest nową, dotąd nieznaną jednostką chorobową, wywołaną inną przyczyną, aniżeli epidemia ostatnia z r. 1889/90?

Mam wrażenie na podstawie własnych spostrzeżeń i dotychczasowej literatury, że obecna grypa jest identyczną z grypą z r. 1880/90 i wywołaną tymsamym, dotąd nieznanym drobnoustrojem. Za tem zapatrywaniem przemawia przedewszystkiem ta sama łatwość i szybkość rozszerzania się epidemii, z tą chyba jedną różnicą, że epidemia obecna wkracza do nas z zachodu, gdy ostatnia przedostała się ze wschodu.

Cały typowy obraz kliniczny, rodzaje i nasilenia powikłań wspólne są obu epidemiom; uderzającą cechą obecnej epidemii jest ta okoliczność, że nagabuje ona przedewszystkiem osoby młode; z naszych przypadków na 110 zapaleń płuc, 75 było w wieku poniżej 30 lat. Kiedy napływ przypadków grypy na oddziale wewnętrznym II tak się wzmógł, że nie można było

chorych pomieścić na jednej sali zupełnie odosobnionej, postanowiłem przenieść część chorych do dużej sali, położonej w przeciwnem skrzydle szpitala, gdzie pomieszczone były przeważnie osoby starsze, nie gorączkujące. W pięć dni po umieszczeniu chorych z grypą zachorowało na 30 osób tylko trzy osoby, i to poniżej lat 30, ze starszych zapadła później jedna 70-letnia, dotknięta poprzednio rozedmą płuc i miażdżycą tętnic i pomimo ogólnego złego stanu krążenia pomyślnie przebyła grypowe zapalenie płuc. Czyż to nie zmusza nas do przyjęcia, że osoby starsze, przebywszy dawniej grypę, okazały się wobec obecnej epidemii więcej odporne, a zaraziwszy się nawet grypą, łatwiej ją przebywają?

Nawet gdyby się okazały pewne różnice, czyto w nasileniu przebiegu, czy występowaniu cięższych powikłań i zwiększonej śmiertelności, to raczej odnieśćby je należało do gorszych warunków higienicznych i złego odżywiania w czasie obecnej wojny. Wreszcie za tem zapatrywaniem przemawiają również wyniki badania krwi. Wiadomo, że w przebiegu grypy nie występuje we krwi leukocytoza, nawet zapalenia płuc na tle czystej grypy przebiegają bez zwiększenia ilości ciałek białych. I w naszych przypadkach niepowikłanej grypy stwierdziliśmy brak leukocytozy, a nawet w niektórych, powikłanych zapaleniem płuc, również ilość krwinek białych nie wzrastała; przypadki te łagodniej przebiegały i krócej trwały. Leukocytozę natomiast dość znaczną wykazywaliśmy w przypadkach ciężkich, w których badanie bakteryologiczne plwociny, krwi lub wysięku wykazywało często obecność paciorkowców.

Jaką rolę odgrywają paciorkowce, tak często spotykane w przebiegu grypy, powikłanej zapaleniem płuc? Zdaje się nie ulegać wątpliwości, jak to wszyscy autorowie zgodnie podnoszą, że nie są one istotną przyczyną grypy; wszak nie są one stałem zjawiskiem, towarzyszącem zapaleniu grypowemu; stwierdzano bowiem i obecność gronkowca, pneumokoka, rzadziej innych mikrobów (micrococcus catarrhalis lub prątek Friedländera). Nieznany dotąd drobnoustrój grypy daje początek do swoistego zakażenia i w następstwie zmniejszonej odporności ustroju jest przyczyną wtórorzędnego zakażenia ogólnego. W jakim pozostaje stosunku prątek Pfeiffera, odkryty w roku 1892, do obecnie panującej grypy i czy wogóle jest on powodem dawnej grypy, zostaje nadal kwestyą otwartą.

Czy także jest przyczyną grypy nieznany nam jeszcze bliżej jeden z drobnoustrojów z grupy przechodzących przez filtr, jak przypuszczają Kruse-Selter, rozstrzygną dalsze badania. Faktem jest jednak, że gdy jedni autorowie dość często stwierdzali w panującej epidemii obecność prątka Pfeiffera (Pfeiffer, Uhlenhut, Bergmann, Gotschlich, Edelmann, a i w naszych przypadkach Nowicki), to inni równie poważni badacze nie wykazali go ani razu (Kolle, Friedmann, Gruber, Bernhardt i i.).

Notatka słownikowa
prof. Browicza.

przemiana szpikowa, szpikowacenie, Myeloidveränderung.
szpikowiak, myeloma.
szpikowaty, myeloid.
białko mikrobowe, Mycoprotein.
szczepienie odnowne, retrovaccinatio.
napromienianie radem, Radioaktivieren.
chromochłonny, chromaffin, phaeochrom.
bezbarwikowość, brak barwika, Pigmentmangel.
miąższowy (nie śródmiąższowy), parenchymatosus.
klatka płaskodługa, paralytischer Thorax.
przytwierdzenie sieci, omentopexia.
użytny (użytność), verwertbar (Verwertbarkeit).
tłuszczowaty, lipoid.
włókniakowatość, fibromatosis.
uraz świetlny, phototrauma.
mikrob gazorodny, Gasbacillus.
tzelestnica ludzka, Gasphlegmone, Gasbrand.
orutność, jadowitość, zjadliwość, Giftigkeit, Toxicität.
sbieg wapna, Kalkhaushalt, Kalkstoffwechsel.
drożdżyca, Hefeerkrankung.
tkankogubny, histolyticus.
woda nasiękowa, Imbibitionswasser.
wszczep, 1) inclusio, 2) Implantat.
choroba pasorzytna, Invasionskrankheit.
równobarwliwy, isochromatophil
nużnik, Kenotoxin.
hałaśnik, Lärmapparat.
biegunka pokarmowa, lienteria.
wznoszenie się, ascensio.
obrzezacz, Beschneider.
moczenie mikrobami, bacilluria.
nowotwór barwikowy, barwiczak, chromatophoroma.
komórka barwikotwórcza, Chromatocyt.
cążki główkowe, Kornzange.
trzepotanie się serca, Herzflimmern.
rozkojarzenie komorowoprzedsionkowe, Herzblock.
przerost roboczy, Gebrauchs (Funktions) hypertrophie.
szczepionka własna, Autovaccine.
mięsakowatość, sarcomatosis.
rakowatość, carcinosis.
tlenowcowy, tlenochłonny, aërophil.
miano, titre.
niedokwaśność, Subacidität.
solność, Salzgehalt.
porażeniec, Paralytiker.
zakostnienie uszne, otosclerosis.
badanie odcisków palca, daktyloscopia.
nieznanego pochodzenia, o nieznanych wrotach zakażenia, kryptogen.
zapalenie przynercza, paranephritis.
rozpływ ziarn, grudek, tigrolysis.
komórka piankowata, Schaumzelle.
odpadki, Schlacken.
twór warstwiany, Schichtungsgebilde.
nakłucie lędźwiowe, Rhachicentese.
żywienie bezchlorowe, régime dechloruré.
» mleczne, » lacté.
» niedochlorzone, » hypochloruré.
przechlorzenie, hyperchloruration.
odczepienie, oddzielenie zrostów, sclerolysis.
wszechobecność, Ubiquität.
trucizna organizmowa, Autotoxin.
zakażenie komórek rozrodczych (plemników, jajka) zarodkowe infectio germinativa.
choroba szczepienna, Impfkrankheit.
zakrtanie, hypopharynx.
moczenie gazami, pneumaturia.
bezrzęse (mikroby), atricha.
pęcherz marski, Schrumpfblase. 18

Wiadomości bieżące.

Kraków. Aby umożliwić wznowienie Tygodnika lekarskiego lwowskiego, jako osobnego czasopisma, a zmniejszyć trudności wydawnicze dla obu czasopism lekarskich, wychodzących w Galicyi, uchwaliła Komisya redakcyjna wydawać Przegląd lekarski od Nowego roku 1919 naprzemian z Tygodnikiem lekarskim co drugi tydzień.

Członkowie Towarzystw lekarskich w Galicyi otrzymywać będą od 1. stycznia 1919 znowu oba czasopisma z osobna, w jednym tygodniu Przegląd lekarski, w drugim Tygodnik lekarski.

Odpowiedzialny redaktor
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę 23. października 1918** o godzinie 6 wieczorem **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Porządek dzienny: 1) Dr B l a s s b e r g: Przedstawienie chorego z rozsianymi bąblowcami. 2) Prof. Dr N i t s c h: O tępieniu pasorzytów i szkodników zwierzęcych.

Treść:

Nakładem Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.